



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Italiadomani  
PIANO NAZIONALE  
DI RIPRESA E RESILIENZA



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI



DISTRETTO  
SOCIO  
SANITARIO N.27

Al Distretto Socio Sanitario 27  
Presso il Comune di \_\_\_\_\_

### ISTANZA DI AMMISSIONE

Progetto PNRR -Sub- Investimento 1.1.2 - Autonomia Degli Anziani Non Autosufficienti  
Azione A -Progetti Diffusi- Appartamenti Singoli Non Integrati In Una Struttura Residenziale.

IL/La sottoscritto/a (COGNOME E NOME) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
residente nel Comune di: \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel/cell \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

in qualità di beneficiario/a di essere ammesso/a alle prestazioni del progetto **PNRR -Sub-Investimento 1.1.2 - Autonomia degli anziani non autosufficienti AZIONE A** e di poter usufruire delle prestazioni di assistenza domiciliare, riqualificazione spazi abitativi e domotica previste dal progetto.

*in alternativa*

in qualità di (barrare la voce che interessa): ☐ familiare ☐ convivente ☐ tutore/curatore  
☐ amministratore di sostegno ☐ persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente  
(art. 4 DPR 445/2000)

del/della Sig./Sig.ra (COGNOME E NOME),

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_,

che questi/a venga ammesso/a, in qualità di beneficiario/a, alle prestazioni del progetto **PNRR -Sub-Investimento 1.1.2 - Autonomia degli anziani non autosufficienti AZIONE A** e che possa poter usufruire delle prestazioni assistenza domiciliare, riqualificazione spazi abitativi e domotica previste dal progetto.

### Documentazione da allegare alla domanda:

- copia documento di identità in corso di validità dell'anziano/a;
- copia documento di identità in corso di validità del richiedente (se persona diversa dall'anziano/a);
- Attestazione ISEE ristretto per prestazioni socio-sanitarie o in alternativa ISEE ordinario in corso di validità;
- certificazione attestante la disabilità/invalidità e accompagnamento, come meglio indicato nella tabella di Stato di disabilità/invalidità riportata all'articolo 5, o, se ricorre il caso, certificazione



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Italiadomani  
PIANO NAZIONALE  
DI RIPRESA E RESILIENZA



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI



DISTRETTO  
SOCIO  
SANITARIO N.27

medica attestante la condizione di non autosufficienza

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)

#### INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, che i dati raccolti sono trattati e conservati ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali", come previsto all'articolo 11 dell'Avviso.

Con la firma apposta in calce alla presente, sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità sopra indicate.

**N.B. La prestazione del consenso al trattamento dei dati è obbligatoria ai fini della valutazione dei requisiti di ammissione, pena l'esclusione dalla procedura medesima.**

Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Nome e cognome del  
richiedente